ROK VI. LISTOPAD-GRUDZIEŃ 1933. Nr. 11 i 12

POŁOŻNA

MIESIĘCZNIK

ORGAN STOW. ZAWODOWEGO POŁOŻNYCH KRAKÓW-LWÓW

Cena pojedynczego numeru **90 groszy**, w przedpłacie kwartalnej **Złotych 2·40**



Redakcja i Admin.: Kraków, ul. Kopernika L. 17, Państwowa Szkoła Położnych. Tel. Redakcji 102-65

Redakcja na Lwów: Lwów, Pijarska L. 4. Telefon Nr. 126.

Dr. ADA MARKOWA-RUTKOWSKA

Profesor Państwowej Szkoły Położnych, prymarjusz oddziału położniczego szpitala św. Łazarza — Kraków.

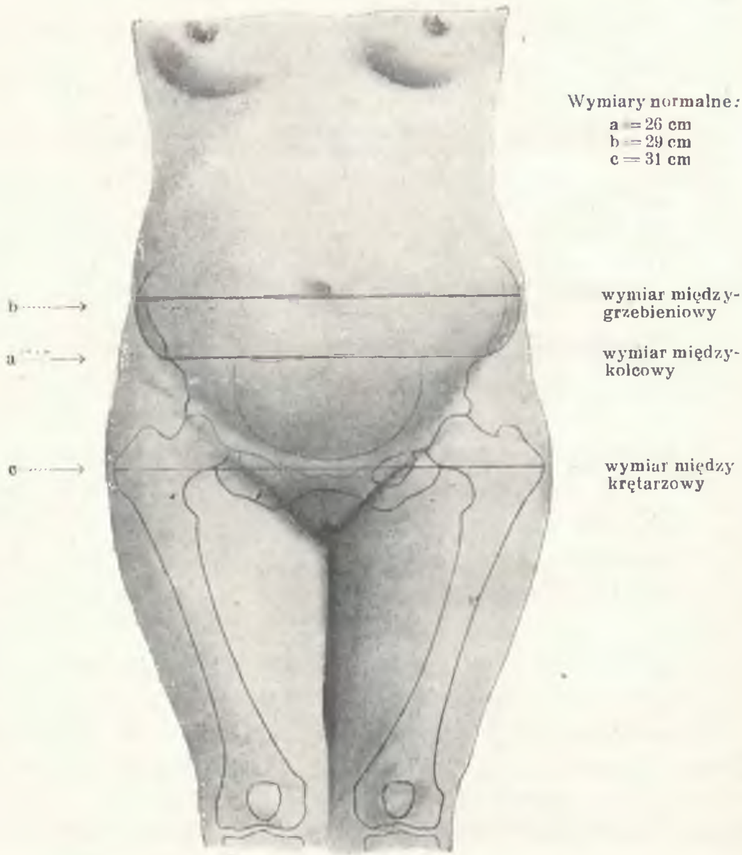
Ciasna miednica a sztuka położnicza

Prowadzenie porodu, nawet t. zw. prawidłowego, nie spadnie nigdy na poziom szablonu, a tem samem na poziom rzemiosła. Osoba, czuwająca nad przebiegiem rozwiązania, nawet tam, gdzie odbywa się ono siłami natury, musi bacznie ową grę sił natury śledzić i czujnie się do niej ustosunkować. Nie wiadomo bowiem nigdy, kiedy owa gra każe wyjść z roli obserwatora i narzuci rolę czynną.

Szczytem jednak sztuki położniczej jest prowadzenie porodu przy miednicy ciasnej. Zboczenie to w Polsce dość rozpowszechnione, pozostaje, jak wiadomo, w związku z krzywicą — chorobą kośćca wieku dziecięcego. To też nadmienić tutaj muszę, że racjonalne zapobieganie chorobom osesków i dzieci, wczesne ich rozpoznawanie i należyte leczenie, mogą także wpłynąć dodatnio na zwalczanie krzywicy, a tem samem w ciągu lat zmniejszyć zarówno odsetek nieprawidłowych miednic u kobiet, jak i odsetek nieprawidłowych porodów. Zdrowiu bowiem i życiu matki i noworodka grożą różnorakie niebezpieczeństwa w związku z szeregiem powikłań, uwarunkowanych z zmniejszeniem prawidłowych wymiarów miednicy. Powikłania te wymagają niejednokrotnie interwencji, której rodzaj musi być wybrany trafnie, a zastosowany we właściwym czasie. Z drugiej strony doświadczenie poucza, że i przy dość znacznym stopniu ściśnienia, poród może się odbyć siłami natury bez uszczerbku dla matki i płodu, ponieważ

decydującą okolicznością nie są wymiary same w sobie — lecz stopień niestosunku porodowego.

Skala więc możliwości, wśród porodu przy miednicy ciasnej jest jaknajszersza: od sił natury poprzez wszystkie znane w położnictwie zabiegi.



Jak na tej skali, przy tej rozpiętości ma się poruszać położna?

Czy jej zachowanie ma wpływ na przebieg porodu i taki czy inny jego wynik?

Odpowiedź na to pytanie jest niezmiernie ważna, bo położna w naszym kraju jest zawsze przy porodzie przed lekarzem, a najczęściej wogóle bez lekarza. Odpowiedź wypada twierdząco i dlatego obciąża położne wielkiemi obowiązkami.

Jeżeli kiedy, to przedewszystkiem przy miednicach ciasnych, los matki i płodu zależy od wiedzy i znajomości sztuki położniczej danej położnej.

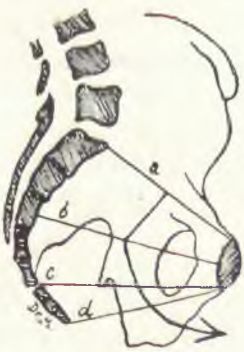
Ujawni się to twierdzenie w toku mojego artykułu.



Czworobok Michaelisa u kobiety prawidłowo zbudowanej.

Chcąc świadomie prowadzić poród przy miednicy ciasnej musi się położna zorjentować, że miednica j e s t c i a s n a. Otóż to nie zawsze ma miejsce.

Dokładną orjentację w miednicy daje zmierzenie sprzęż-

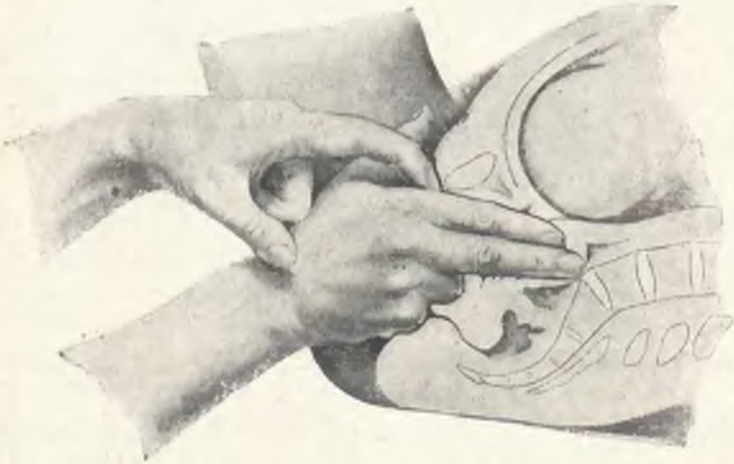


Budowa miednicy: *a* — płaszczyzna wchodu, *b* — pł. próżni, *c* — pł. cieśni, *d* — pł. wychodu.

nej położniczej prawdziwej — rzecz wykonywana przez położną niezmiernie rzadko z wielu powodów, między innemi już choćby ze względu na technikę mierzenia.

Chcąc zmierzyć sprzężną położniczą prawdziwą (wymiar wchodu prosty) należy zbadać sprzężną położniczą przekątnią, t. j. odległość wzgórka kości krzyżowej od dolnego brzegu spojenia łonowego. (Wszystkie szczegóły, odnoszące się do miednicy zechcą sobie czytelniczki przypomnieć z podręcznika, jaki mają w torbie).

Mierzenie uskutecznia się dwoma palcami, wskazującym i środkowym, a ilość centymetrów mierzy się taśmą mierniczą. Centymetrów tych w prawidłowej miednicy powinno być 13. Od tej liczby odejmuje się $1\frac{1}{2}$ do 2 (ile wymaga wysokość kości łonowej) i otrzymujemy 11 cm — o ile miednica jest prawidłowa.



Jak należy wykonać badanie sprzężnej przekątniej (prostego wymiaru wchodu).

Każda miednica zaś, gdzie ilość otrzymanych centymetrów jest mniejsza od 11 cm, t. zn. gdzie wymiar prosty wchodu jest mniejszy jak 11 cm — jest miednicą ciasną.

Otóż zasadniczo uczymy położne badania wewnętrznego jednym palcem (wskazującym). Tym jednym palcem przy prawidłowej miednicy nie można wogóle dojść do wzgórka kości krzyżowej i to już powinna położna dostrzec.

Tym jednym palcem musi i może ona zbadać resztę kości krzyżowej, kość łonową (ewentualnie jej narośle). kolce kości siedzeniowych.

Otóż, jeżeli badając jednym palcem wskazującym, położna dojdzie do wzgórka kości krzyżowej, to oznacza, że z miednicą

jest źle. Ale niedojście tym palcem do wzgórka kości krzyżowej nie oznacza, że wymiar prosty wchodu jest w porządku. Musi więc położna dostrzec, już przed wykonaniem badania wewnętrznego, cały szereg objawów, które mogą i powinny ją naprowadzić na myśl, że miednica może się okazać ciasną i że dlatego dobrze będzie zbadać dwoma palcami, by móc rzetelnie zmierzyć przekątną.

Te rzeczy, które należy dostrzec, których nie wolno dobrej położnej przeoczyć, to są: wzrost, zmiany na kośćcu, brzuch obwisły, nieprawidłowości w położeniu płodu, nieustalenie się główki i tym podobne.

Już same wywiady mogą niejednokrotnie dobrze myślącej położnej kazać się zastanowić nad miednicą pacjentki i dokładnie ją zbadać.

Jednak już tu muszę się zastrzec: bywają przypadki, gdzie położna postąpi racjonalnie, jeżeli nie będzie wogóle badała wewnętrznie; są to wypadki, gdzie nieprawidłowości kośćca są uderzające, gdzie wywiady mówią o nieżywo urodzonych lub wnet po porodzie zmierających dzieciach, a poród jest już w toku. W takich razach mamy do czynienia z dużem, a może nawet z bezwzględnem ścieśnieniem. Położna powinna wtedy oddać taką pacjentkę odrazu w ręce lekarza. Niewykonanie badania wewnętrznego jest największą przysługą, jaką położna może okazać rodzącej i lekarzowi. Okolicznosć ta gwarantuje czystość bakterjologiczną dróg porodowych i daje lekarzowi wolną rękę przy wyborze metody operacyjnej.

Gdy zaś rodzi niewiasta, której ścieśnienie miednicy jest niewielkie, gdzie odbycie porodu siłami natury jest niewykluczone, gdzie jednak i z zabiegiem operacyjnym liczyć się trzeba — działalność położnej polega na wstrzemięźliwości w badaniu, ochronie pęcherza płodowego i dostarczeniu na czas pomocy lekarskiej. Badanie wewnętrzne j e d n o lub, jak wyżej wspomniałam żadne, ochrona pęcherza płodowego zgodnie z zasadami, wszczepionemi w Szkole (podręcznik!) — a zagadnienie pomocy lekarskiej powinno się obracać około pytania, w domu czy w szpitalu?

Decyzja zależy od wyboru operacji, którą położna powinna w dużym stopniu umieć przewidzieć. Jeżeli w grę wchodzą kleszcze, obrót lub wymóżdżenie — położna może zgodnie z życzeniem pacjentki sprowadzić jej pomoc lekarską do domu.

Jeżeli jednak idzie o cięcie cesarskie corychlej należy pacjentkę odwieźć do zakładu.

Ciężarną zaś z ciasną miednicą należy zwracać do szpitala na jakie dwa tygodnie przed końcem ciąży, o ile już zgóry wchodzi w rachubę cięcie cesarskie.



Miednica ciasna krzywicza. Ścieśnienie m. bezwzględne — rozwiązanie przez cięcie cesarskie. Widoczne zmiany krzywicze na kośćcu — brzuch obwisły.

Granice cięcia cesarskiego uległy w dobie obecnej — i słusznie, znacznemu rozszerzeniu, współzawodniczy ono z powodzeniem z kleszczami, obrotem i wymóżdżeniem.

Dlaczego?

Dlatego, że w ostatnich kilkunastu latach sposób wykonywania cięcia cesarskiego (jego technika) uległ zasadniczej zmianie i zapewnia operowanej w wysokim stopniu życie i zdrowie.

Znamy z literatury szeregi tej operacji po 100 i więcej bez żadnego przypadku śmiertelnego.

Po tej zmianie współczesne cięcie cesarskie stało się zabiegiem o wiele lżejszym i bez porównania bardziej korzystnym dla kobiety, niż — niejedne wysokie, a nawet czasem niskie kleszcze, połączone z rozległem zmiażdżeniem i rozdar-



Wchód w miednicach ciasnych: *a* — miednica normalna, *b* — m. ogólnie równomiernie ścieśniona, *c* — m. płaska zwykła, *d* — m. ogólnie ścieśniona i płaska — krzywicza, *e* — m. poprzecznie zwężona.

ciem części miękkich — niż obroty, połączone, jak wiadomo, czasem nawet z pęknięciem macicy. A co dopiero dla płodu! Tu już niema żadnego porównania ani z kleszczami, ani z obrotem.

Wymóżdżenie zaś, wykonywane na dziecku żywem celem ratowania matki, jest chyba operacją moralnie najboleśniejszą zarówno dla matki, jak i dla lekarza. A i położnej musi być niezmiernie przykro, gdy ukończywszy poród pozostawia za sobą wymóżdżony płód.

To też dawniej wykonywano cięcie cesarskie tylko w t. zw. przypadku bezwzględnego ścieśnienia, dziś robi się je niejednokrotnie przy ścieśnieniu względnem, nawet I-go stopnia, ze wspaniałemi wynikami dla matki i dziecka.

Z tą przemianą naszych zapatrywań i naszej działalności muszą się przedewszystkiem zaznajomić starsze położne, młodsze już mogą obserwować ten sposób postępowania w Szkołach. Dlatego właśnie poruszam problem ciasnej miednicy na łamach „Położnej", by na tej drodze umożliwić starszym wychowankom znajomość sposobu postępowania, odmiennego od dawnego, — który daje społeczeństwu znacznie większą ilość zdrowych matek i żywych dzieci.

A więc powtórzmy sobie:

Położne powinny: ciężarną z wypowiedzianie ciasną miednicą kierować zasadniczo i na czas do szpitala; rodzącą z taką ciasną miednicą kierować do zakładu, rezygnując z badania wewnętrznego. Ileż to razy musimy my ciągle jeszcze rezygnować w zakładzie z cięcia cesarskiego i poświęcać życie płodu dla życia matki dlatego tylko, że położna badała kilkakrotnie wewnętrznie, zmarnowała szereg cennych godzin, dopuściła do podniesienia się ciepłoty i zmusiła nas do szukania innych dróg, mniej dobrych, w obawie przed wprowadzeniem zakażenia.

Chcę, żeby do wiadomości położnych dotarło, że wprawdzie ramy cięcia cesarskiego zostały dla dobra rodzącej znacznie rozszerzone, ale że od postępowania położnych zależy, czy dobrodziejstwo tej operacji w razie jej potrzeby może się stać udziałem pacjentki, czy też będzie ono niewykonalne, a tem samem sprowadzi śmierć płodu, a może nawet chorobę matki.

Przy miednicach niezbyt ciasnych położne muszą aż do ukończenia II-go okresu liczyć się z tem, że w każdej chwili może powstać wskazanie do interwencji lekarskiej i że lekarz musi zastać jak najlepsze warunki dla swej pracy, a nie jak dotąd tak często ma miejsce — jak najgorsze.

Przyznać tu jednak muszę, że ogólna linja prowadzenia porodów przy miednicach ciasnych przez położne uległa w ostatnich kilkunastu latach naogół wielkiej poprawie. Przed laty dwudziestu i piętnastu zwożono nam w dużej ilości pęknięcia macicy, zakażenia, a przedewszystkiem przetoki moczowe. Powstawanie tych przetok, t. zw. odleżynowych, pozostawało w ścisłym związku z wlokącym się godzinami i dniami

porodem, przy ciasnej miednicy. Części miękkie zaklinowane między główkę a miednicę — niechybnie ulegały zgorzeli, gdyż nie było komu docenić niebezpieczeństwa i zawezwać lekarza. Tak samo liczne były przypadki zakażenia, nabytego wśród długo trwającego porodu.

Dzisiaj dzielnica nasza ma już dziesiątki rozumnych położnych. Czuwają one nad ilością i jakością oddawanego wśród porodu moczu, śledząc bacznie, czy nie pojawi się w nim krew; kontrolują stan ciepłoty wedle zaleceń Szkoły; znają objawy grożącego pęknięcia macicy. To też do katastrofy dochodzi raczej tam, gdzie ciemna ludność na czas nie wzywa pomocy położnej lub wogóle zadowolni się „babką".

Położne te także rozumieją, że niewielka jest pociechą, jeżeli po długotrwałym porodzie urodzi się dziecko wprawdzie żywe, które jednak po kilku godzinach lub dniach umrze wśród drgawek, spowodowanych obrażeniami czaszki i mózgu. Doceniają one zarówno doniosłość wgnieceń, jak złamań kości czaszkowych, spowodowanych ciasną miednicą, jak doniosłość krwiaków wewnętrznych i zewnętrznych.

Zmniejszenie zatem kalectwa i chorobowości matek i płodów w porównaniu z dawnemi laty jest bezwzględnie zasługą położnych. W porównaniu jednak z tem, co możemy i chcemy osiągnąć, jest to ciągle jeszcze zamało. Przez pogłębienie wiedzy położnych, przez doskonalenie orjentacji, przez apel do poczucia odpowiedzialności, doprowadzić możemy do tego, że żaden z płodów, powierzonych pieczy położnej, nie utraci życia, a wymóżdżenie na żywem dziecku zniknie z szeregu operacyj położniczych.

Gdy ten stan rzeczy osiągniemy i gdy go będzie można rzetelnie zapisać na dobro pracy położnych, wtedy da się o nich powiedzieć słowa, stanowiące szczyt uznania „dobrze zasłużyły się ludzkości".

(Klisze do powyższego artykułu otrzymaliśmy dzięki uprzejmości Wydawnictwa „Ars Medici" — w Warszawie. — *Redakcja).*

Dr. WŁADYSŁAW BOBRZYNSKI — Kraków.

O tonach serca płodu

Jak wiadomo, czynność serca płodu, objawiająca się przy badaniu słyszalnemi tonami, jest jedną z jego cech życia i to cechą najważniejszą. Objaw ten, odkryty w roku 1818 przez chirurga Mayora, daje się stwierdzić poprzez powłoki brzu-

szne kobiety ciężarnej zwykle około końca piątego miesiąca księżycowego ciąży czyli osiąga w tym okresie taką siłę, że poprzez wody płodowe, macicę i powłoki brzuszne udziela się uchu badającego. Opisywane są jednakże przypadki, że przy cierpliwości i dłuższem osłuchiwaniu można je znaleźć znacznie wcześniej, bo już z końcem czwartego miesiąca.

Jak łatwo zrozumieć, tony płodu najlepiej słychać w tych miejscach, gdzie płód najściślej przylega do wewnętrznej powierzchni macicy, nie oddzielony od niej wodami płodowemi lub gdzie wody płodowe tworzą cienką tylko warstwę. Zależnie więc od różnego położenia i postawy płodu znajduje się je w różnych miejscach na powierzchni brzucha ciężarnej, względnie rodzącej. Przy badaniu zatem należy zwracać uwagę, w którym punkcie znajduje się słyszalną czynność serca płodu, względnie, gdzie słyszy się ją najlepiej, gdyż między innemi można na podstawie tego wyciągać pewne wnioski rozpoznawcze, dotyczące położenia i postawy płodu.

Jak wiadomo, ilość tonów płodu waha się normalnie w granicach od 120 do 160 na minutę, przyczem ilość ich zwiększa się np. przy ruchach płodu, a maleje przy skurczach macicy; dlatego też należy osłuchiwać stale w czasie przerw między bólami, które są wyrazem tych skurczów. Dodać należy, że każdy ton z osobna słyszalny jest początkowo jako pojedynczy, pod koniec ciąży zaś jako podwójny, dający się porównać z biciem zegarka.

Jak wyżej wspomniano, słyszalne tony są oznaką czynności serca, czyli życia płodu. W przypadkach ich zniknięcia w czasie ciąży, czyli przy niemożności ich znalezienia, należy się liczyć z ewentualnością obumarcia płodu, zaznaczyć jednakże należy, że podczas badania można tonów czasem nie słyszeć z powodu np. niekorzystnego dla badania, chwilowego jego położenia. W tym wypadku koniecznem jest śledzić za innemi, znanemi oznakami życia płodu; w przypadku zaś obumarcia występują inne objawy, które za tem będą świadczyły.

W każdym razie obecność tonów płodu jest bardzo ważnym i przeważnie łatwo dającym się stwierdzić objawem życia dziecka. Niezwykle ważnym tedy obowiązkiem położnej jest dokładne obserwowanie zachowania się tętna płodu w czasie porodu, a mianowicie sumienne i częste jego kontrolowanie — mniej więcej co 10—15 minut. Kontrolowanie tętna koniecznem jest zwłaszcza w okresie wydalania, kiedy położna

bywa zajęta ochroną krocza, a przecież w tym właśnie okresie życie dziecka może być z różnych przyczyn zagrożone. Zdarza się od czasu do czasu, że przy pozornie dobrem do ostatniej chwili tętnie, dziecko rodzi się nieżywe lub silnie zamartwicze. Przypadki te dają się wytłumaczyć prawie zawsze niedokładnością obserwacji.

T. zw. psucie się tętna może się objawiać albo w znacznem przyspieszeniu do 200, rzadko wyżej, albo, co częściej, w dużem zwolnieniu do 100 i poniżej, albo też w znacznem wahaniu, kiedy to tylko początkowo przyspieszone później silnie się zwalnia lub, co rzadziej, odwrotnie. Przyczyn po temu jest wiele. Ze strony matki, może to spowodować niedostateczny dopływ tlenu w chorobach płuc lub serca, albo też choroby zakaźne. Są to czynniki, które w sposób powolny prowadzą do upośledzenie odżywiania, czyli uszkodzenia płodu, do nich należy także m. i. przedwczesne odklejanie się łożyska normalnie umiejscowionego lub odklejanie się łożyska przodującego. Inaczej przedstawia się sprawa, gdy czynnik uszkadzający zadziała w sposób szybszy, wskutek czego dochodzi lub dojść może do śmierci płodu. Może nim być wypadnięcie pępowiny, zapętlenie lub dociągnięcie węzła prawdziwego; również przy rozciąganiu zbyt krótkiej pępowiny wzdłuż przyjść może do niedostatecznego dowozu tlenu, a nawet zupełnej nieprzepuszczalności naczyń krwionośnych pępowiny; może się to zdarzyć w okresie wydalania. Pod koniec tego okresu występują czasem uduszenia płodu, wywołane przez to, że leżąca obok głowy lub szyji, pępowina doznaje ucisku ze strony napiętej, zwłaszcza u pierwiastek, pochwy. Przypadki te, gdzie tętno napewno przed kilku minutami było dobre, a dziecko rodzi się silnie zamartwicze lub nawet nieżywe, są możliwe, choć rzadkie, ale przecież się zdarzają. Należą tutaj także wypadki, gdzie wykonywano zabiegi położnicze, zwłaszcza, gdy wskazaniem do nich było już przedtem psujące się tętno. Do osobnej grupy należą uszkodzenia, spowodowane przez zabiegi położnicze, przy których przychodzi do przedwczesnych oddechów lub ucisku mózgu. Łatwo zrozumieć, że tembardziej jest to możliwem tam, gdzie operację wykona się właśnie z powodu psującego się przedtem tętna.

Jak już zaznaczyłem, jeżeli słyszymy tętno dobre i słuchamy sumiennie, to możemy się spodziewać, że płód czuje się dobrze. Jeśli natomiast dziecko się rodzi nieżywe lub za-

martwicze w silniejszym stopniu, to przeważnie mamy do czynienia z błędami obserwacji. Zachodzą tu jednak wyjątki, kiedy śmierć płodu następuje w krótkim czasie. O kilku przyczynach już mówiłem. Należy tutaj także skrawienie z naczyń krwionośnych, przebiegających w błonach płodowych od łożyska daleko umiejscowionego. Możemy również być zaskoczeni wbrew oczekiwaniom urodzeniem się dziecka nieżywego w rzucawce porodowej, gdzie płód był narażony także na działanie pewnych lekarstw, podawanych w interesie matki, które to środki działają więcej na ośrodek oddechowy, niż na serce, gdzie więc serce płodu po urodzeniu bije prawidłowo, mimo porażenia oddechania.

Obecnie zajmiemy się bliżej zmianą tonów serca płodu czyli „psuciem się" ich. Najczęściej spotyka się położna ze zwolnieniem, które może niekiedy dojść do 60 lub nawet 40 uderzeń na minutę. Powinna ona wtedy baczną zwracać uwagę na stan rodzącej i między każdemi 2 bólami osłuchiwać wytrwale, przykładając ucho lub słuchawkę do jej powłok brzusznych. Jeśli zwolnienie takie trwa krótko i wkrótce liczba tętna podnosi się do stanu normalnego, to dziecku nie grozi niebezpieczeństwo. Niebezpieczeństwo to nastaje wtedy, gdy zwolnienie tętna trwa dłużej. Jeśli zwolnienie to, licząc od chwili powstania aż do porodu, utrzymuje się około 40 minut, to przeważnie dziecko, choć mniej lub więcej zamartwicze, daje się zwykle docucić, źle jest z niem natomiast, gdy trwa dłużej, zwłaszcza, jeśli ilość uderzeń na minutę spadnie poniżej 100. W przypadkach tych należy dążyć do możliwie jak najszybszego wezwania lekarza dla ukończenia porodu. Czasem następuje jednak obumarcie płodu znacznie wcześniej, niż po 40 minutach, bo nawet po 5, gdy mamy do czynienia z całkowitem uciśnięciem pępowiny z jakiegoś powodu.

Rzadziej już spotyka się przyspieszenie tonów płodu, które może dojść do 180, 200, rzadko wyżej. Zazwyczaj zjawisko to bywa przejściowem, zmuszającem jednak do bacznej uwagi. Wywołane być może przez zabiegi położnicze, jak zakładanie kleszczy lub powstaje np. w przypadku rzucawki porodowej. W przypadkach, w których płód rzeczywiście jest uszkodzony, następuje zwykle po początkowem przyspieszeniu tętna zwolnienie, które, jeśli się dłużej utrzymuje, świadczy — jak mówiliśmy — o tem, że dziecko jest w niebezpieczeństwie.

Podobnie możemy podejrzewać, że z płodem zaczyna być źle, gdy ilość tonów na minutę ulega wahaniom. Jeśli te wahania ograniczają się między 120 a 160, to taki stan leży jeszcze w granicach prawidłowych. Jeśli natomiast ilość tętna podwyższa się i zmniejsza powyżej i poniżej tych liczb, to jest to przestrogą, gdyż może być wstępem do następowego stałego zwolnienia, które, w razie dłuższego trwania, jest wysoce niebezpiecznem dla życia dziecka. Wahania tego rodzaju znaleźć można przy przedwczesnem pęknięciu pęcherza płodowego, niskiem poprzecznem położeniu główki, przeciągającym się porodzie i w czasie poważniejszych zabiegów położniczych. Niebezpieczeństwo dla dziecka jest tem większe, im większa jest różnica ilości tętna i im niżej 100, przytem liczba jego spada.

Streszczając wyżej powiedziane, chcę jeszcze raz zaznaczyć, że dobre tętno świadczy o dobrym stanie dziecka, natomiast jego psucie się jest ważną oznaką ostrzegawczą. W rzadkich tylko przypadkach, zwykle pod koniec, następuje śmierć płodu w krótkim stosunkowo czasie. Wniosek stąd płynie taki, aby zawsze tętno pilnie kontrolować, również w okresie przeżynania się główki. Niemiłą jest bowiem dla matki, zapewnianej o dobrym dotąd stanie dziecka, wiadomość po urodzeniu, że jest ono bez zrozumiałego dla niej powodu nieżywe.

—o—

Dr. FRANCISZEK KSAWERY CIESZYNSKI — Warszawa.

„Górka"

Kolonja Lecznicza Dziecięca im. Dr. med. rektora Józefa Brudzińskiego przy Zdroju w Busku

Podczas wojny jeszcze *Dr. Szymon Starkiewicz*, lekarz-praktyk w Zagłębiu Dąbrowskiem, przejęty do głębi serca nędzą i chorobami dzieci robotniczych, powziął myśl stworzenia dla nich takich warunków leczniczych, aby pomoc lekarza rzeczywiście była owocną. Nie mając żadnych na to środków materjalnych, uzbroił swe wątłe ciało i miłością bliźniego przepełnione serce w tak silny pancerz wiary oraz z niej płynącą moc ducha, że myśl swoją w niespełna 10 lat zamienił w twórczy cud nowocześnie urządzonego Sanatorjum dla 200 dzieci.

W sierpniu 1918 r. zwrócił się do społeczeństwa z odezwą w imię hasła „ratujmy dzieci polskie" w chwili, gdy nędza,

głód i choroby, jako wynik wojny światowej na naszych ziemiach, dziesiątkowały całą ludność, a głównie najmłodsze jej pokolenie. Pierwszą groszową ofiarę złożyli robotnicy Zagłębia, którzy znali Jego ofiarne serce. Wydali ze siebie dwóch ofiarnych pracowników, którzy, zawierzywszy Jego czystemu sercu, oddali całych siebie do Jego dyspozycji dla wykonania wielkiego wspólnego dzieła. Dziś stanowią oni dwa główne filary wielkiego dzieła: jeden, jako kierownik parowej cegielni, która jest własnością „Górki"; a drugi, jako rządca folwarku, który Zakładowi dostarcza produktów spożywczych.

Drugą znaczniejszą ofiarę pieniężną złożył inżynier *St. Knothe*, z Zagłębia, za którą zakupiono 10 morgów pustego ugoru na pieszczystej górce obok Buska-Zdroju, słynnego ze znakomitego działania wód mineralnych siarczano-słonych. Już 31 grudnia 1918 r. pomocnicy Dra Starkiewicza zaczęli kopać glinę dla wyrobu cegły na budowę przyszłego Sanatorjum, a sam Twórca jeździł na chłopskim wózku od dworu do dworu i zbierał ofiary. Gdy w październiku 1919 r. utworzono Komitet Budowy Kolonji Leczniczej Dziecięcej — Dr. Starkiewicz jeździł już od miasta do miasta i zapałem swoim zdobywał jeden magistrat po drugim, jeden sejmik za drugim, Rząd i poszczególne kasy chorych, a w końcu stowarzyszenia społeczne i humanitarne, które wszystkie razem stworzyły Stowarzyszenie, opiekujące się „Górką" i złożyły mniejsze lub większe fundusze na utworzenie łóżeczek w przyszłem Sanatorjum.

Czynności lecznicze rozpoczęto już w lecie 1920 roku, stwarzając Kolonję sezonową dla 60-ga dzieci skrofulicznych z Dąbrowy Górniczej.

Jednocześnie rozpoczęto budowę właściwego Sanatorjum.

Przez wiele lat trwał niezwykły trud i ciężki znój w postaci ofiarnej pracy całego zespołu ludzi z Drem Starkiewiczem na czele, aż w r. 1927 stanął pod dachem wspaniały gmach Sanatorjum dziecięcego na 200 dzieci obliczony. Już w zimie tegoż roku leczono 30-ro dzieci chorych na gruźlicę pozapłucną, a więc stawów, kości, skóry, gruczołów i skrofuły, a również na krzywicę, reumatyzm i kiłę wrodzoną, liczba leczonych z roku na rok się powiększała, choć nie zawsze zapełniała Sanatorjum dziś już zupełnie ukończone i wewnętrzne doskonale urządzone, wyposażone we wszelkie aparaty do leczenia tych schorzeń potrzebne.

Obok gmachu właściwego Sanatorjum rozwijała się stale

i nadal Kolonja lecznicza, przez którą przewija się rocznie do 1200-tu dzieci. Ze wszystkich stron Polski zbierają się tutaj dzieci na odpoczynek i kurację, trwającą zwykle 6 tygodni. Dla nich wybudowano odpowiednio urządzone pawilony letnie specjalnej konstrukcji inżyniera Korzyc-Witkiewicza, które dla przeźroczystych z obu stron ścian nazwano „szklanemi domami" z marzeń Żeromskiego. Dzieci, które poza zwyklem przemęczeniem i niedokrwistością wykazują gruźlicę chirurgiczną w lżejszym stopniu, reumatyzm, skazy ustrojowe oraz inne przewlekłe schorzenia wieku dziecięcego, leczone są w t. zw. Półsanatorjum, czyli korzystają z wszelkich urządzeń właściwego Sanatorjum stałego i Państwowego Zakładu Zdrojowego w Busku. Wszystkie dzieci, których choroba nie unieruchamia w łóżku, korzystają stale z licznych urządzeń wypoczynkowych i zdrowotnych Sanatorjum stałego. Bawią się więc na wielkich, w różne gimnastyczne przyrządy zaopatrzonych boiskach i placach do zabaw, przechadzają się po lasku brzozowym i sosnowym, kąpią się w basenie z solanką wygrzaną na słońcu, korzystają z 22-u morgowego sadu owocowego i t. d. Mając w dodatku możność robienia wycieczek w okolicę, wykorzystują w całej pełni wieś z życiodajnem słońcem i powietrzem o podgórskim niemal charakterze.

Górka, jako kolonja lecznicza ze swem Sanatorjum i wzorową Kolonją letnią w wielkich rozmiarach, stała się nadzwyczaj żywotnem ogniskiem twórczem w swoim zakresie. Prócz pawilonu obserwacyjnego w wynajętej willi w bliskości Sanatorjum, „Górka" otworzyła w Tarnoskale, położonej na połowie drogi z Kielc do Buska, Kolonję wypoczynkowo-obserwacyjną na 120 dzieci, w wydzierżawionych pięknych dawnych oficynach dworu Tarnowskich, wśród pięknego, na skałach rosnącego parku lasu sosnowego. Dla dzieci, przewożonych do Tarnoskały i Buska, „Górka" posiada własną gospodę na dworcu w Kielcach. W niedalekiej przyszłości uruchomioną zostanie kolonja leśna w lasach państwowych w Wałczu, położonym o 4 km od Górki. Dyrekcja Lasów Państwowych wydzierżawiła bowiem na 36 lat „Górce" 3-hektarowy kawał lasu, na wzgórzu, o piaszczystym suchym gruncie i znakomitym klimacie.

Przez kilka lat prowadzono też w skromnym zakresie Kolonję rzeczną nad Wisłą dla 50—70 dzieci, poprzednio w Ujściu Jezuickiem przy ujściu Dunajca do Wisły, a w ostatnich latach

w Winiarach nad Wisłą, w starym polskim dworze, położonym na wzgórzu i okolonym pięknym starym ogrodem. Wreszcie „Górka“ prowadzi od roku 1924 corocznie kolonję morską na 60 miejsc w Hallerowie nad polskiem morzem.

Całość uzdrowiska „Górki“, ujęta w wyżej naszkicowanych ramach, tworzy systemat lecznictwa przyrodo-leczniczego od kolonij wypoczynkowych aż do Sanatorjum, z poszczególnemi ogniwami w postaci kolonji leśnej, rzecznej i morskiej oraz Kolonji kąpielowej w Busku wraz z półsanatorjum letniem. Cały ten systemat umożliwia odpowiednie kwalifikowanie dzieci do poszczególnych ogniw uzdrowiska, przenoszenie ich z jednego do drugiego rodzaju, zależnie od potrzeby, związanej rodzajem schorzenia, a tem samem pełne wykorzystanie właściwości leczniczych wspomnianych uzdrowisk.

Sanatorjum, czyli jądro całego wielkiego systematu, przeznaczone jest dla dzieci z cięższemi, przewlekłemi schorzeniami, które aż do zupełnego wyleczenia muszą tam przebywać, t. j. do 2-ch, a nawet 3-ch lat. Tymczasem poszczególne magistraty i sejmiki oraz kasy chorych i instytucje dobroczynne nie rozumieją tego, że zupełne wyleczenie tych przewlekłych schorzeń musi trwać tak długo. Przerywają to leczenie po upływie schematycznie ustalonego okresu 13-tu tygodni bez względu na wynik dotychczasowego leczenia. Na miejsce niewyleczonych dzieci przysyłają inne przewlekle chore dzieci, aby je znowu odebrać po 13-tu tygodniach, zaledwie podleczone. Wynik ostateczny jest więc ten, że żadne z wysłanych dzieci nie jest zupełnie wyleczone. Przeważna część tych dzieci musi wracać do tego Sanatorjum lub wysłana być do innego w stanie o wiele gorszym, niż przy pierwszym przyjeździe, wymagającym ponownego jeszcze leczenia. Czynniki wymienione powinny dla dobra tych nieszczęśliwych dzieci i w interesie własnym zrozumieć, że dzieci chore na gruźlicę pozapłucną powinny przebywać w Sanatorjum bez przerwy aż do zupełnego wyleczenia.

Sanatorjum, przewidując długi pobyt dziecka, urządziło w swoich murach szkołę, dla której Kuratorjum krakowskie wydelegowało na swój koszt dwóch nauczycieli. Nauczyciele ci przerabiają z dziećmi, zależnie od wieku, cały program szkół powszechnych. W ten sposób dzieci, zmuszone do przebywania w Sanatorjum 1—2—3 lat, mogą wykorzystać cały ten czas na naukę oraz kształcenie umysłu i serca, czyli mogą przygo-

towywać się na zdrowych fizycznie i moralnie przyszłych członków społeczeństwa. Dla dzieci małych prowadzi się przedszkole z nowemi metodami wychowaczemi, przystosowanemi do tamtejszych warunków. Dla dzieci starszych nauczanie oparte jest częściowo na systemie Daltońskim. W szkole sanatoryjnej zwraca się szczególną uwagę na możliwość fachowego wykształcenia dzieci. W tym celu prowadzone są przez specjalnych nauczycieli: koszykarstwo, introligatorstwo i roboty kobiece. Jest to zaczątek zamierzonej szkoły rzemiosł i warsztatów pracy, wśród których ważną część stanowić będą warsztaty ortopedyczne. Dzięki tym zajęciom szereg dzieci będzie mógł nauczyć się fachu, przystosowanego do ich zdolności, czy nawet do częściowego ich kalectwa. Nie staną się przeto w przyszłości ciężarem społeczeństwa.

Wartość materjalna tej wielkiej Instytucji leczniczo-wychowawczej dochodzi do czterech miljonów złotych. Prócz wymienionych działów leczniczych i wychowaczych, „Górka" posiada bowiem działy przemysłowe, założone z myślą częściowej samostarczalności i zmniejszenia kosztów leczenia dzieci, umożliwienia nawet bezpłatnego leczenia dzieci biednych. Działy przemysłowe związane są przytem z bezpośredniemi potrzebami „Górki". Gospodarstwo rolne, zarządzane przez jednego z ofiarnych pomocników Twórca Sanatorjum hoduje na 72-ch morgach gruntu, posiadanego przez „Górkę", krowy, nierogaciznę i wytwarza inne produkty żywnościowe, któremi zaopatruje Sanatorjum i poszczególne jego kolonje. Ogród warzywny i owocowy, założony obok Sanatorjum na 22-ch morgach, obsadzony tysiącem drzew owocowych, posiadający inspekta i cieplarnię, dostarcza uzdrowiskom warzywa,

Cegielnia mechaniczna z piecem Hoffmana, przystosowana do wyrobu 3,500.000 sztuk cegły rocznie, mająca możność uruchomienia wytwórni dachówek i sączków wraz z tartakiem parowym, zarządzane są przez drugiego ofiarnego pomocnika Twórcy „Górki". Dział ten dostarczył materjałów budowlanych do budowy Sanatorjum, pawilonów kolonijnych i domów mieszkalnych dla personelu prawie że zadarmo. Rozporządzając cegłą i przez siebie wyrabianemi innemi materjałami budowlanemi na całą okolicę, umożliwił daleko tańsze ich wyrobienie dla siebie. W przyszłości dostarczać będzie nadal bezpłatnie wszelkich materjałów budowlanych dla dalszego rozbudowywania uzdrowisk, posiadanych przez „Górkę".

Właścicielami tego dużego majątku są udziałowcy-członkowie Komitetu Budowy Kolonji Leczniczej „Górka". Do października 1930 r. udziałowcami byli już: Ministerstwo Spraw Wewnętrznych. Departament V Służby Zdrowia, Ministerstwo Pracy i Opieki Społecznej, 7 sejmików, 14 magistratów, 14 kas chorych, 8 instytucyj społeczno-humanitarnych i inne. Kwoty do tego czasu przez udziałowców wpłacone wynosiły 1,712.000 złotych. Pozostałą wartość obecnego majątku „Górki", do ogólnej sumy czterech miljonów poza nielicznemi darami i zapisami, wytworzyli wszyscy ofiarni pracownicy „Górki", z niestrudzonym jej Twórcą na czele. Jeden udział na Sanatorjum (10.000 zł.) daje prawo do ulgowego leczenia stale jednego dziecka w Sanatorjum i 3-ga dzieci przez okres 42 dni każdego roku na kolonjach sezonowych. Jeden udział na Półsanatorjum (5.000 zł.) daje prawo do ulgowego leczenia jednego dziecka każdorocznie w Półsanatorjum przez 7 miesięcy i jednego dziecka przez okres 42 dni każdego roku w kolonjach sezonowych. Liczba wkładów, posiadana przez jedną instytucję, jest nieograniczona, uwarunkowana jedynie ogólną liczbą miejsc.

Jak wynika z powyższego opisu, opracowanego na podstawie autopsji oraz przesłanego mi materjału, w krótkim czasie powstała rzecz wielka, której zadaniem jest służyć choremu dziecku polskiemu. Ofiarny wysiłek jednego człowieka, poparty pracą garstki oddanych mu ludzi oraz środkami pieniężnemi, użebranemi w całem społeczeństwie, zdołał przełamać opór przeszkód wszelkiego rodzaju. Z wytrwałością godną podziwu doprowadził on do końca budowę wielkiego Sanatorjum i rozwija ciągle mnożące się ogniwa uzdrowisk różnego rodzaju. Wielki ten wysiłek świadczy o niezwykłej mocy polskiego ducha, z umiłowania i poświęcenia płynący. Szybki rozwój całej instytucji, która z pustego ugoru polskiego wyrosła w niespełna 10-ciu latach, dowodzi z drugiej strony ogromnej potrzeby takiego uzdrowiska dziecięcego w naszym kraju. Dzięki ubóstwu, na skutek 150-letniej niewoli, długotrwałej wojny oraz z ubóstwa tego płynącego głodu mieszkaniowego, kilkaset tysięcy dzieci choruje na gruźlicę kostną, krzywicę, reumatyzm, niedokrwistość i t. p. Ciężkie schorzenia te leczyć a tem samem zapobiegać długotrwałemu kalectwu tych nieszczęśliwych dzieci, może tylko zbiorowy wysiłek całego społeczeństwa, jakiego naśladowania godny przykład dał nam dzielny Twórca „Górki".

Dr. ROMAN ARSENICZ — Kraków.

Nieprawidłowości błon płodowych

O normalnej budowie i zadaniach błon płodowych była mowa w poprzednim zeszycie miesięcznika (str. 155). Obecnie przedstawimy pokrótce ich nieprawidłowości.

Schorzenia łożyska, jak i błon płodowych są jeszcze niedostatecznie wyjaśnione. Opierając się jednak na spostrzeżeniach niektórych poronień i przedwczesnych porodów, dalej na zniekształceniach płodów, wytwarzaniu się zaśniadów groniastych, przypadkach z nadmierną i za małą ilością wód płodowych — musimy przyjąć, że przyczyna tych schorzeń leży w nieprawidłowej budowie błon płodowych.

Nieprawidłowości w budowie błon płodowych mogą się odnosić zarówno do części matczynej, t. j. doczesnej, jak też do części płodowej, t. j. owodni i kosmówki.

Zaburzenia w obrębie doczesnej są najczęściej spowodowane przez uprzednie schorzenia błony śluzowej macicy. Schorzenie to występuje u dojrzałych kobiet, najczęściej u tych, które mają za sobą bogatą przeszłość położniczą, t. zn. dużo porodów i poronień, przebiegających z gorączkami i innemi powikłaniami. Schorzenie śluzówki nie zawsze przeszkadza zagnieżdżeniu się jaja płodowego, ale jajo w tych razach częściej bywa źle odżywiane tak, że obserwujemy dwojakiego rodzaju następstwa: poronienie lub o ile ciąża utrzyma się nadal i rozwija się, to przychodzi nawet do wrastania wskutek zmian w utkaniu błony śluzowej pojedyńczym kosmkom do mięśnia macicy, przez co łożysko jest silnie przyczepionem. Poronienia te zazwyczaj występują samoistnie w 2-gim lub 3-cim miesiącu ciąży, są one niebezpieczne, bo powodują silne krwawienia.

W przypadku donoszonej ciąży w okresie porodu następują zmiany, jakich nie spostrzegamy przy normalnych warunkach, a więc błony płodowe są bardzo kruche, przychodzi często do przedwczesnego odejścia wód płodowych, wskutek czego, jak wiemy, przeciąga się okres porodowy.

W III-cim zaś okresie porodu, po urodzeniu łożyska, bardzo często błony płodowe nie odchodzą w całości, lecz zostają w jamie macicy. Na łożysku od strony matki zachodzą charakterystyczne zmiany, mianowicie: tworzą się żółto-białe zawały. Bardzo często spotykamy się z takim stanem, że — jak

wyżej opisałem — kosmki wrastają aż do mięśnia macicy i przez to łożysko w pewnych miejscach jest silniej przyczepione, co najczęściej się zdarza w rogach macicy. Z całkowitem wrośnięciem łożyska spotykamy się rzadko. Jedno takie wrośnięcie występuje na 200 do 300 porodów. Przy częściowem wrośnięciu łożyska powstają dość silne krwotoki, czego nie spostrzegamy przy całkowitem wrośnięciu. Nie usunięcie pozostałego kosmka łożyskowego powoduje powstawanie polipów łożyskowych w jamie macicy.

Jak z powyższego widać, nieprawidłowości doczesnej powodują liczne niebezpieczeństwa dla organizmu matki, jużto w postaci krwawień, jużto zakażeń porodowych.

Zmiany chorobowe błon płodowych dziecięcych nie stoją w żadnym związku ze schorzeniem błony śluzowej macicy. Schorzenia owodni charakteryzują się tem, że przychodzi do wytwarzania się za dużej ilości wód płodowych, albo za małej. Wody płodowe tworzy owodnia i w razie jej schorzenia przychodzi do tworzenia się nieprawidłowej ilości wód płodowych, t. zn. nadmiaru lub małej ilości. Małą ilość wód płodowych można zauważyć już we wczesnej ciąży, stan ten ma wybitny wpływ na rozwój płodu, który jest zahamowany, płód bywa ugnieciony, co może doprowadzić do obumarcia.

Jeżeli ciąża do siódmego miesiąca rozwija się prawidłowo z odpowiednią ilością wód, zaś po siedmiu miesiącach ilość wód płodowych stosownie do wzrostu płodu nie powiększa się — wpływa to ujemnie na odbycie się porodu. Mianowicie powstają bardzo bolesne bóle porodowe, powolne rozszerzanie się dróg rodnych — słowem poród staje się bardzo ciężki, t. zw. suchy (stanu tego nie należy mylić z przedwczesnem odejściem wód płodowych). Cierpi również i płód, bo w dużym odsetku, właśnie z powyższych przyczyn, spotykamy się u płodów z nieprawidłowością budowy.

Nie mniejsze zaburzenia w ostatnich tygodniach ciąży, jak i w czasie porodu, daje nadmierna ilość wód płodowych. Powiększanie się wód płodowych występuje w drugiej połowie ciąży. Zdarzają się przypadki, że powiększanie się wód płodowych przebiega nietylko przewlekle, ale i gwałtownie.

Dzielimy zatem tę sprawę na powiększanie się wód płodowych przewlekłe i ostre. Nagłe powiększanie się wód występuje dość rzadko. Spotykamy go natomiast w porodach bliźniaczych.

Przyczyna powiększania się wód płodowych może tkwić nietylko w owodni, ale też być spowodowaną przez choroby takie, jak: ostre zapalenie nerek, kiła, cukrzyca, zaburzenia w krążeniu łożyskowem. W tych razach według statystyki 20% płodów rodzi się spotworniałych. Ostre powiększanie się wód płodowych wywiera ucisk na przeponę, ta zaś na płuca, powodując duszność, sinicę, osłabienie i t. d. Także w tych przypadkach interwencja lekarza jest konieczną, aby zmniejszyć napięcie, a tem samem obniżyć objawy uciskowe.

Najczęściej spotykamy się z przewlekle powstającym nadmiarem wód płodowych. Stopniowe i wyraźne powiększanie się wód zaczyna się od szóstego miesiąca ciąży i wzrasta tak, że w ósmym miesiącu ciąży wielkość macicy odpowiada ciąży donoszonej. Obwód brzucha wynosi od 110 do 115 cm i więcej. Ilość wód płodowych sięga od 5 do 10 litrów. Tony serca płodu są głuche (z powodu utrudnionego przewodnictwa), części drobne bardzo trudno wybadalne, macica rozdęta. Ciężarna niezdolna do pracy, objawy duszności wzrastają, obrzęki nie ograniczają się do kończyn dolnych, ale są widoczne na całym tułowiu, a nawet i twarzy. Poród przy położeniu główkowem może się odbyć prawidłowo. Niebezpieczeństwo dla matki leży w tem, że z chwilą nagłego odejścia wód płodowych ciśnienie spada, powodując omdlenia i zapady. Z powodu dużego rozdęcia macicy bóle porodowe są słabe, przez co poród przewleka się. Dla dziecka zaś niebezpieczeństwo leży w tem, że przy nagłem odejściu wód wypaść mogą części drobne, porwane prądem i powstaje konieczność natychmiastowej interwencji lekarskiej w celu ratowania płodu, który łatwo ulega uduszeniu się. Przy nadmiernej ilości wód, wskutek dużej ruchomości płodu, łatwo przychodzi do nieprawidłowości tak w położeniu, jak i ułożeniu płodu. Ponadto w dużym procencie, w tych razach, rodzą się płody spotworniałe z wodogłowiem i inne.

Ważnym czynnikiem, który na nieszczęście niebywa dostatecznie doceniany przez położne, to okres tuż poporodowy. Szybkie opróżnienie się macicy przy nadmiernem rozdęciu włókien mięsnych, wywołanym nadmiarem wód płodowych, nie pozwala im dostatecznie szybko na skurcz, konieczny do zacieśnięcia naczyń, przez co przychodzi do dużych krwotoków z niedowładu. Do tego przyczyniają się również słabe bóle porodowe, wywołane tą samą przyczyną. Krwotokom sprzyja

i ta okoliczność, że jak już wyżej wspomnieliśmy, przy nadmiernej ilości wód płodowych występuje często przedwczesne odklejenie się łożyska.

Przyczyny powyższe wyjaśniają, dlaczego podczas porodu przy nadmiarze wód płodowych należy zapobiegać naglemu odpływowi wód. Położna powinna zwracać na to baczną uwagę i chorą tak układać, aby wody odchodziły wolno (ułożyć rodzącą z uniesioną miednicą ku górze) lub w ciężkich przypadkach nawet sterylizowanemi tamponami powstrzymać nagły ich odpływ — uciskując wejście do pochwy. Skoro płód urodził się, położna musi stale obserwować zachowanie się macicy, dbać o jej ściąganie się, stosując zimne kompresy, lekki masaż. O ile zaś pomimo tych zabiegów krwawienie nie ustaje, może położna wygnieść łożysko metodą Credego. Pomimo, że macica chwilowo robi wrażenie dobrze skurczonej, wymaga jednak dalszego obserwowania, bo niejednokrotnie może w tych razach, nawet po kilku godzinach, przyjść do gwałtownego rozkurczu i silnego krwotoku.

Przedstawiliśmy niebezpieczeństwa dla matki i dziecka w związku z nadmiarem wód płodowych, dlatego położna w przypadku stwierdzenia takiego stanu powinna zapewnić sobie w porę pomoc lekarską lub ciężarną odesłać do szpitala.

Schorzenia kosmówki są przyczyną wytwarzania się zaśniadu groniastego. Z kosmków wytwarzają się więcej lub mniej rozgałęzione uszypułowane pęcherzyki. Na szczęście schorzenie to jest rzadkie, bo występuje raz na 500—600 porodów i spotykamy się z nim w pierwszych miesiącach ciąży. Zmiana ta obejmuje zazwyczaj całe jajo płodowe, rzadziej jego część. Przyczyna powstawania zaśniadu do dziś dnia nie jest jeszcze dostatecznie wyjaśnioną. Przypuszczalnie odgrywa tutaj rolę jajo płodowe, jak i błona śluzowa macicy, jak również i ciało żółte ma swój hormonalny wpływ.

Zaśniad groniasty wrasta nietylko do błony śluzowej macicy, lecz także i do mięśnia macicy i niszczy ściany naczyń, dając powód do obfitych krwawień, przez co zbliża się swym charakterem do cech nowotworów złośliwych, jakim jest rak.

Zwykle płód przy obecności zaśniadu groniastego obumiera.

Kliniczne cechy zaśniadu groniastego są tak typowe, że dadzą się ująć w pewien zespół objawów: 1) szybkie powięk-

szanie się macicy, nieodpowiadającej swoją wielkością temu miesiącowi ciąży, który trzebaby przyjąć z obliczenia braku miesiączki — przy prawdopodobnych objawach ciąży, 2) silne napięcie macicy, kulisty jej kształt, wodnisto-krwawe odchody, 3) braku ruchu i tętna płodu przy wielkości macicy, odpowiadającej drugiej połowie ciąży, 4) chorobliwy wygląd pacjentki, osłabienie.

Niezawodnym objawem zaśniadu groniastego jest znalezienie w odchodach macicznych charakterystycznych gron. Przeważnie każdy zaśniad kończy się poronieniem w 3-cim lub 4-ym miesiącu ciąży, dając bardzo obfite krwawienia. Wielkość zaśniadu może dochodzić do 2 kg. Charakterystycznem jest, że zaśniad może występować nawet w okresie przekwitania, znane są przypadki obserwowania go w 54 i 55 roku życia.

Z tego wszystkiego wynika, że położna, jeżeli rozpozna, ewentualnie podejrzewa, że w danym przypadku zachodzi niebezpieczeństwo zaśniadu, powinna skierować chorą do szpitala lub wezwać lekarza.

RUCH ORGANIZACYJNY.

Zestawienie rachunkowe miesięcznika „Położna" za rok 1933.

Dochody | **Rozchody**

Dochody	zł	gr	Rozchody	zł	gr
Datki i subwencje . .	1.407	14	Druk miesięcznika . .	2.383	45
Abonament	1.329	15	Opłaty pocztowe . . .	145	29
Sprzedaż pojedynczych numerów i zysk ze sprzedaży podręcznika Dr. Cieszyńskiego . .	386	50	Koszta wystawy . . .	52	66
Inne dochody	68	60	Przepisywanie na maszynie, honorarja, remuneracje	541	74
			Wydatki kacelaryjne .	68	25
			Saldo na rok 1934 . .	—	—
Razem	3.191	39	Razem	3.191	39

Kraków, 10 listopada 1933 r.

Za zgodność:

Dr. Adam Papée
redaktor odpowiedzialny

W. Lubowiecki
prowadzący księgi K. T. O. R.

K. Nablowa
skarbniczka

A. Hałamowa
prezesowa

Związek Zawodowych Akuszerek w Częstochowie.

Do Redakcji „Położna"

Niniejszem Zarząd Związku Zawodowego Akuszerek Częstochowskiego powiatu zwraca się z uprzejmą prośbą do Redakcji „Położna" o umieszczenie otwartego listu w sprawie b. Oddziału Częstochowskilego Związku Położnych Rzeczypospolitej Polskiej w najbliższym numerze Pisma.

Komunikat „Przeglądu Akuszeryjnego" Nr. 4 lipiec—sierpień 1933 r. brzmi: Za niestosowanie się do paragrafów statutu i inne wykroczenia Zarząd Główny był zmuszony zamknąć Oddział Związku w Częstochowie — Członkinie, zapisane w Oddziele, przechodzą automatycznie do Oddziału Warszawskiego.

Krótkie i suche słowa — a jak one zaważyły na szali pracy związkowej w Częstochowskim Związku. „Zamknięcie za niestosowanie się do paragrafów statutu i inne wykroczenia". Zarząd Główny jest dyskretny i nie uchyla zasłony, jakie mianowicie wykroczenia popełnił Oddział Częstochowski? — a to jest ciekawe i dla przykładu innych Oddziałów, by nie zostały w podobny sposób, jak oddziały: Częstochowski, Sosnowiecki i Skierniewicki — zamknięte. O! bo Panie z Głównego Zarządu Związku Położnych Rzeczypospolitej w Warszawie bardzo prędko zamykają Oddziały i to w dodatku takie, których twórcą wogóle nie był wyżej wymieniony Gł. Zarząd.

Na łamach pisma „Położna" pozwala sobie b. Zarząd Częstochowskiego Oddziału skreślić działalność b. Częstochowskiego Oddziału Związku Położnych Rzeczypospolitej Polskiej.

Związek Położnych w Częstochowie pracował wspólnie ze Związkiem Felczerskim od 1918 do 1923 r., a od 1923 pracował samodzielnie, nie zasklepiał się pracą tylko dla swych członkiń, lecz wiedząc, iż życie zmusza wszystkie pojedyncze Związki Położnych zjednoczyć się w jeden silny Związek, który dopiero będzie mógł wywalczyć ulepszenie ekonomicznego bytu, podniesienia poziomu wiedzy położniczej, etyki u położnych oraz wiele, wiele innych ulepszeń w życiu każdej położnej, i dlatego to po porozumieniu się ze Związkami Zagłębia Dąbrowskiego, Łodzi, Piotrkowa, Kielc, Katowic, Rybnika i innych, delegatki tychże Związków wraz z częstochowskiemi pojechały do Warszawy, by zbudzić zamarły Związek Akuszerek warszawskiej Kasy Chorych. W Warszawie 8—9 kwietnia 1926 roku odbyła się pierwsza wspólna konferencja, podczas której został wybrany tymczasowy Zarząd, mający za zadanie: przygotowanie zjednoczenia pojedyńczych Związków i urządzenia pierwszego Zjazdu położnych w Warszawie.

Częstochowski Związek pierwszy przyłączył się do centrali warszawskiej. Na zjeździe delegatki częstochowskie podały projekt 2-letnich kursów położnych i podniesienia cenzusu naukowego do 7 oddziałów szkoły powszechnej, co przeszło w życie. Częstochowski Związek pierwszy od 1926 r. miał dla położ-

nych, udzielających pomocy ubezpieczonym w Kasie chorych, świadczenia na wypadek choroby w Z. U. P. U.

Związki częstochowski i łódzki chcąc ulżyć w pracy Gł. Zarządowi, wysłały swe delegatki do Związków: krakowskiego i lwowskiego i po przeprowadzeniu konferencyj w Zarządami tych Związków, pp. prezeski krakowskiego, lwowskiego i sekretarka bydgoskiego przybyły na plenarne zebranie dla omówienia spraw połączenia się we wspólny Związek, lecz — niestety — do porozumienia się nie doszło li tylko z przyczyn prezydjum Gł. Zarządu, który żądał, oprócz składki miesięcznej, od każdej członkini jeszcze i wpisowej składki, która dla Oddziału stanowi żelazny kapitał, a żaden Oddział nie przysyłał wpisowego do kasy Gł. Zarządu.

Gdyby nastąpiło połączenie się tych Związków, napewno przyłączyłyby się pomorskie i śląskie Związki do centrali warszawskiej i w ten sposób spełniłoby się żądanie przedstawiciela Departamentu Zdrowia Pana Dra Kowarskiego, który na III. Zjeździe zaznaczył, że „dopiero po złączeniu się w jednolity Związek możecie panie uzyskać u Władzy wszystkie prawa, o których mowa jest na III. Zjeździe".

Z chwilą, gdy zaczął się tworzyć Związek Kas chorych, pierwszy częstochowski Oddział zwrócił się do Gł. Zarządu, by przeprowadził statystykę w swych Oddziałach i innych Związkach położnych co do warunków płacy i pracy dla położnych, udzielających pomocy ubezpieczonym w Kasach chorych, by z chwilą powstania jednego Związku Kas chorych można było przeprowadzić i uzgodnić jednolite warunki pracy i płacy dla położnych. W tym celu na żądanie Gł. Zarządu został przesłany projekt umowy z klasyfikacją miast, który dawał od 1926 r. położnym, udzielającym pomocy ubezpieczonym w częstochowskiej Kasie chorych, świadczenia na wypadek choroby i Z. U. P. U. Projekt ten został wspólnie uzupełniony z krakowskim Związkiem. Powyższy projekt znajdował się przez 8 miesięcy w posiadaniu Gł. Zarządu, który nie raczył nawet zawiadomić Zarząd częstochowskiego Związku, czy wspomniany projekt się nadaje lub też nie i dopiero, gdy Redakcja pisma „Położna" umieściła w Nrze 6 omawiany projekt umowy z uwagą, by poszczególne miejscowe Oddziały przysyłały do Redakcji swoje uwagi i ewentualnie uzupełnienia.

A Panie z Gł. Zarządu warszawskiego, mając u siebie oryginał projektu umowy z podpisami przedstawicielek częstochowskiego i krakowskiego Związku, a także wiedząc, że w Częstochowie położne miały tą samą umowę z Kasą chorych, która była powodem zatargów z miejscową Kasą chorych, a Gł. Zarząd 2 marca składał w swojem imieniu memorjał na ręce Pana Ministra Opieki Społecznej o przywrócenie tej umowy. W „Przeglądzie Akuszeryjnym" za mies. maj—czerwiec 1933 r. umieściły sprostowanie, iż projekt umowy wydrukowany w piśmie „Położna" Nr. 6 jest to elaborat b. przewodniczącej częstochowskiego Oddziału, p. Janusowej i stanowi własną jej

pracę, przyczem Gł. Zarząd oświadczył, iż ten projekt jest nietylko nieaktualny, lecz nie nadaje się do jakiejkolwiekbądź dyskusji. — Cześć Im za to.

Niestety ten nieaktualny i nienadający się do dyskusji projekt umowy był jednak dla częstochowskiego Związku bardzo korzystny, gdyż dawał on tut. członkiniom świadczenia socjalne, zagwarantowane odnośnemi paragrafami. Panie z Gł. Zarządu, mając styczność z Związkiem Kas chorych, nie wiedziały, iż pragmatyka dla pracowników Kas chorych już weszła w życie, a dla położnych paragraf 2 jest bardzo ważny, gdyż głosi, że położne nie będą korzystały z praw pragmatyki, lecz będą pracowały na specjalnych umowach.

Na plenarnem zebraniu dnia 8 sierpnia br. delegatki częstochowskie zapytały się, czy Gł. Zarząd ma już wypracowany projekt warunków pracy i płacy dla położnych, udzielających pomocy ubezpieczonym w Kasach chorych, by plenarne zebranie mogło go rozpatrzeć i zatwierdzić (?), na co w obecności przedstawicielek Oddziałów łódzkiego, aleksandrowskiego i warszawskiego prezeska Gł. Zarządu, p. Marendowska, odpowiedziała, że żadnego projektu niema i dopiero zczasem będzie wypracowany, a Zarząd Gł. wogóle nie będzie mógł zawrzeć jakiejkolwiek umowy ze Związkiem Kas chorych, ponieważ z takowejby również korzystały położne niezwiązkowe — nienależące do warszawskiej centrali. Czyli rozumieć należy, iż można krzywdzić poszczególne Oddziały, niesympatyzujące z centralą.

Panie z Gł. Zarządu będą zawierać umowę z Związkiem Kas chorych, lecz tylko dla Warszawy, a dla Oddziałów prowincjonalnych nie mogą.

Delegatki, będące 21 sierpnia br. w Związku Kas chorych w sprawie ubezpieczeń na wypadek choroby, na ich zapytanie, czy Związek Kas chorych zgodnie z paragrafem 2 pragmatyki dla pracowników Kas chorych będzie zawierał umowę z położnemi dla wszystkich Kas chorych, względnie każda poszczególna Kasa chorych sama to w porozumieniu się z miejscowym Oddziałem uczyni — otrzymały odpowiedź następującą: Ponieważ Związek Położnych Rzeczypospolitej Polskiej ma centralę w Warszawie, to takowa powinna przedstawić Związkowi Kas chorych swój projekt umowy ze szczegółowemi danemi pracy i płacy dla położnych, udzielających pomocy ubezpieczonym w Kasach chorych. Powyższe słowa były powtórzone przez delegatki częstochowskie sekretarce Gł. Zarządu, p. Bussoldowej, w obecności urzędniczki związkowej, p. Heleny Rabińskiej. Delegatki do Związku Kas chorych w sprawie ubezpieczeń na wypadek choroby zmuszone były same pójść, gdyż przedstawicielka z centrali bała się nadużycia czasu przedstawicieli Związku Kas chorych, a na przesłany przez Oddział odpis memorjału przesłanego do Związku Kas chorych za pośrednictwem Dyrekcji częstochowskiej Kasy chorych do przybycia delegatek z Częstochowy na plenarne zebranie Główny Zarząd nie raczył

się dowiedzieć w Związku Kas chorych, jaka zapadła uchwała na złożony przez nas memorjał. Taką samą pomoc, jak przy pójściu 21 sierpnia 1933 r. do Związku Kas chorych, miał częstochowski Związek ze swej centrali podczas zatargu z częstochowską Kasą chorych i dlatego częstochowskie delegatki żądały na plenarnem zebraniu przyspieszenia zwołania IV Zjazdu w listopadzie 1933 r. zamiast w 1934 r., gdyż widziały ze słów prezydjum Gl. Zarządu, który w tak ważnej chwili, jak obecna, gdy Związek Kas chorych zawiera umowy z lekarzami ordynującymi, lekarzami dentystami i innymi specjalistami, obecny Gl. Zarząd nie jest przygotowany do złożenia swoich warunków płacy i pracy dla położnych do Związku Kas chorych, które mają udzielać pomocy ubezpieczonym w Kasach chorych, to taki zespół przedstawicielek Gl. Zarządu zamiast korzystnej pracy dla położnych, może przynieść niepowetowaną krzywdę, gdyż nie poda swych warunków, a będzie czekał aż sam Związek Kas chorych warunki te, zatwierdzone przez Ministerstwo Opieki Społecznej da, a czy będą dogodne dla położnych, to jest bardzo duży znak zapytania. W odpowiedzi na powtórne żądanie po plenarnem zebraniu przyspieszenia IV Zjazdu, otrzymał częstochowski Oddział pismo, że Oddział częstochowski został zamknięty, a do dnia 1 października 1933 r. ma odesłać wszystkie dokumenty majątkowe i wogóle rzeczy, należące do Oddziału, złożyć do Gl. Zarządu i pomimo odwołania się w sprawie zamknięcia Oddziału do uchwały i rozpatrzenia IV Zjazdu, Gl. Zarząd pismami powiadomił miejscowe urzędy w Częstochowie o zamknięciu Oddziału i 25 września było naznaczone zebranie w sprawie zamknięcia Oddziału i przeprowadzenia zapisu na narodową pożyczkę między członkiniami Związku. To zebranie z powodu zakomunikowania urzędowo o zamknięciu nie odbyło się, gdyż z chwilą zawiadomienia urzędów miejscowych Związek w Częstochowie był nielegalnym i nie mającym prawa urządzać zebrań. Panie z Gl. Zarządu myślały, iż zgniotły całą pracę kilkuletnią związkową w Częstochowie i cały dorobek 10-cio letni, jak to plac, który posiada Częstochowski Związek i pierwszy na całą Polskę sztandar położnych weźmie na własność warszawski Oddział, lecz członkinie b. częstochowskiego Oddziału nie przeszły do warszawskiego, a wznowiły dawniejszą działalność Związku Zawodowego Akuszerek na terenie powiatu częstochowskiego, z zastosowaniem się do statutu, zatwierdzonego przez Inspekcję pracy w 1923 r. za Nr. 28, a sprawę zamknięcie częstochowskiego Oddziału rozstrzygnie IV Zjazd, do którego uchwały zostało przesłane odwołanie — na ręce Gl. Zarządu w wymaganym 2-tygodniowym terminie, zgodnie ze statutem Związku Rzeczypospolitej Polskiej.

Kończąc te słowa Zarząd Związku Zawodowego Akuszerek na terenie częstochowskiego powiatu wzywa wszystkie Związki do przybycia do Warszawy w listopadzie ze swemi wypracowanemi warunkami pracy i płacy dla położnych.

udzielających pomocy ubezpieczonym w Kasach chorych i żąda zjednoczenia się w jednolity Związek, który będzie miał naprawdę przedstawicielki, chcące przynieść swą pracą korzyść nietylko dla położnych obecnie pracujących, lecz i dla następnych pokoleń.

Przewodnicząca: *M. Bieregowa;* sekretarka: *Anna Kasprzak.* Członkinie: *A. Sobótkowa, Janikowa, O. Przybylska, J. Sroczyńska.*

Vice-przewodnicząca Głównego Zarządu Związku Położnych Rzeczypospolitej Polskiej w Warszawie: *Janina Janus.*

◊ ◊ ◊

Dnia 4 listopada odbyło się Nadzwyczajne Zebranie Zarządu Stow. Położnych Woj. krakowskiego, które po rozpatrzeniu sprawy uchwaliła umieścić w piśmie — list częstochowskiego Związku.

Za Zarząd Stow. Położnych Woj. krakowskiego:
Teresa Ratajowa, sekret. *Antonina Halamowa,* przew.

SEMINARJUM POŁOŻNICZE.

Przykład pierwszy (str. 90):

Przyczyna słabych bólów leżała w nadmiernem rozciągnięciu macicy przez ciążę bliźniaczą.

Przykład drugi (str. 91):

Przyczyna krwotoku niedowładowego tkwiła w nadmiernem rozciągnięciu macicy przez olbrzymi płód. Znalezienie przerwanych naczyń krwionośnych na błonach każe przyjąć istnienie łożyska dodatkowego. Stan ten wymaga już z tego względu kontroli lekarskiej.

Przykład trzeci (str. 91):

Przedłużanie się porodu i niemożność urodzenia pokazującej się w szparze sromowej główki oraz wtórne osłabienie, a potem ustanie zupełne bólów porodowych — spowodowane było t. zw. „niskiem poprzecznem" — poród ukończono kleszczami.

Trafne rozwiązanie przykładu nadesłała jedynie p. Gierszowa Natalja z Wisły.

KOMITET REDAKCYJNY:
Redaktorzy naczelni, Kraków: *Dr. Rutkowska Ada,* Prof. Państwowej Szkoły Położnych.
Lwów: *Doc. Dr. Mączewski Stanisław,* Prof. Państw. Szkoły Położnych.
Redaktor odpowiedzialny: *Dr. Papée Adam,* Asystent Państwowej Szkoły Położnych, Kraków.
Lekarze, Kraków: *Dr. Fischer Jan, Dr. Nowak Stanisław, Dr. Arsenicz Roman, Dr. Reiss H.*
Lwów: *Dr. Gerhardt Leopold, Dr. Newlińska Helena.*
Warszawa: *Dr. Cieszyński Ksawery Franciszek.*
Położne, Kraków: *Halamowa A., Nabłowa K., Brustowa S. — Dorotiak S.,* Kąkolniki — *Gierszowa N.* w Wiśle.
Lwów: *Kapralska P., Morawska Z., Gwoździowa P.*

Wydawca: Stow. Położnych Województwa Krakowskiego. Redaktor odpow.: Dr. Adam Papée
Z Drukarni Ludowej w Krakowie pod zarządem St. Ziemiańskiego.